



ASPROSE
CORREDORA DE SEGUROS

vmware

**INS MEDICAL Y VIDA
COLECTIVA**

**Cobertura
Regional**

2021 – 2022



Recordatorio importante

Las pólizas originales son el único documento legalmente válido; los términos y condiciones estipuladas en ellas son las que rigen a la hora de un evento y prevalecerán siempre ya que esta presentación muestra una recopilación de las características relevantes de los contratos.

Cobertura básica

Cubre cualquier tipo de muerte natural o no natural

Monto asegurado de 24 veces el salario

Incapacidad total o permanente a causa de enfermedad o accidente

- Se indemnizará la suma de 24 salarios en un solo pago

Muerte accidental, desmembración y pérdida de la vista accidentalmente

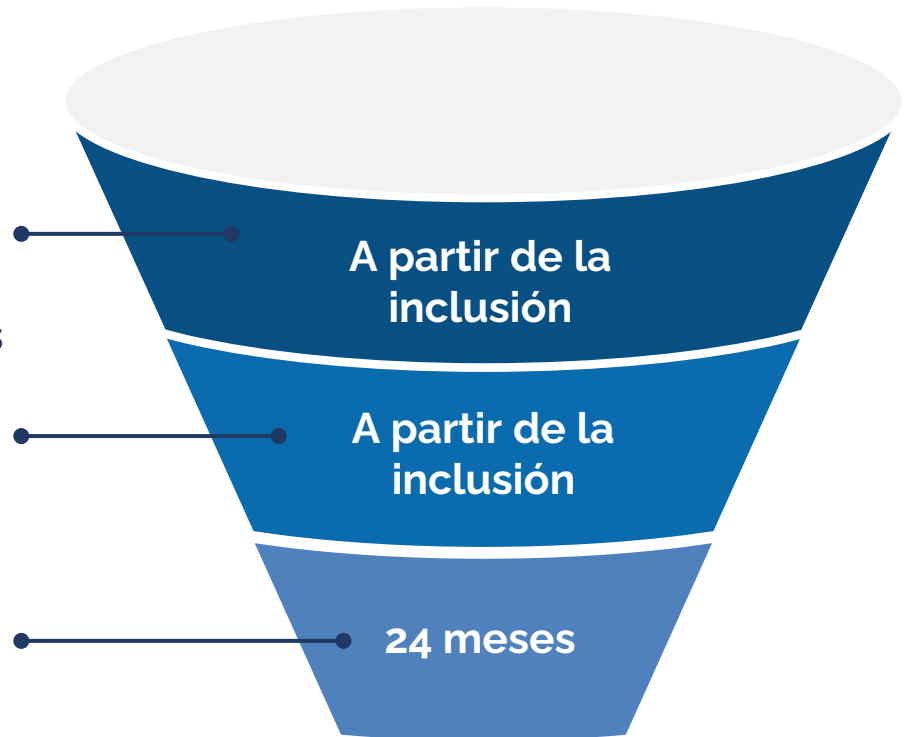
- Se duplicará en los casos que el asegurado falleciera como producto de un accidente fortuito.

Al fallecimiento del asegurado, su seguro de vida será pagadero a sus beneficiarios designados en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por la misma.

Se recomienda realizar actualización de los beneficiarios con el formulario respectivo cuando haya fallecido uno o más de los beneficiarios declarados en el contrato o bien, cuando el asegurado lo considere necesario. Así mismo, en el momento de incluir a un menor de edad como beneficiario se debe considerar la Legislación actual de Costa Rica.

Si el asegurado expresa en la solicitud uno o más beneficiarios deberá indicar los porcentajes correspondientes, en caso contrario se indemnizará en porcentajes iguales a los beneficiarios vivos en el momento del fallecimiento del asegurado.

- Uso del seguro
- Enfermedades preexistentes
- Maternidad
- Chequeo médico general
- Chequeo oftalmológico
- Control ginecológico y urológico
- Trasplante de órganos



• **Condición Pre-existente:** Cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad, presente al momento de tomar el seguro, incluyendo embarazo, sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o aquella condición que según la experiencia médica indique que tal condición se inició antes de la fecha efectiva del seguro.

Producto en dólares

Monto asegurado

- Cobertura regional (local y Centro América)
- Fuera de la región según R&A

- \$200.000 anual renovable hasta 69 años
- \$60.000 anual renovable al cumplir 70 años

Atención Médica

Primaria

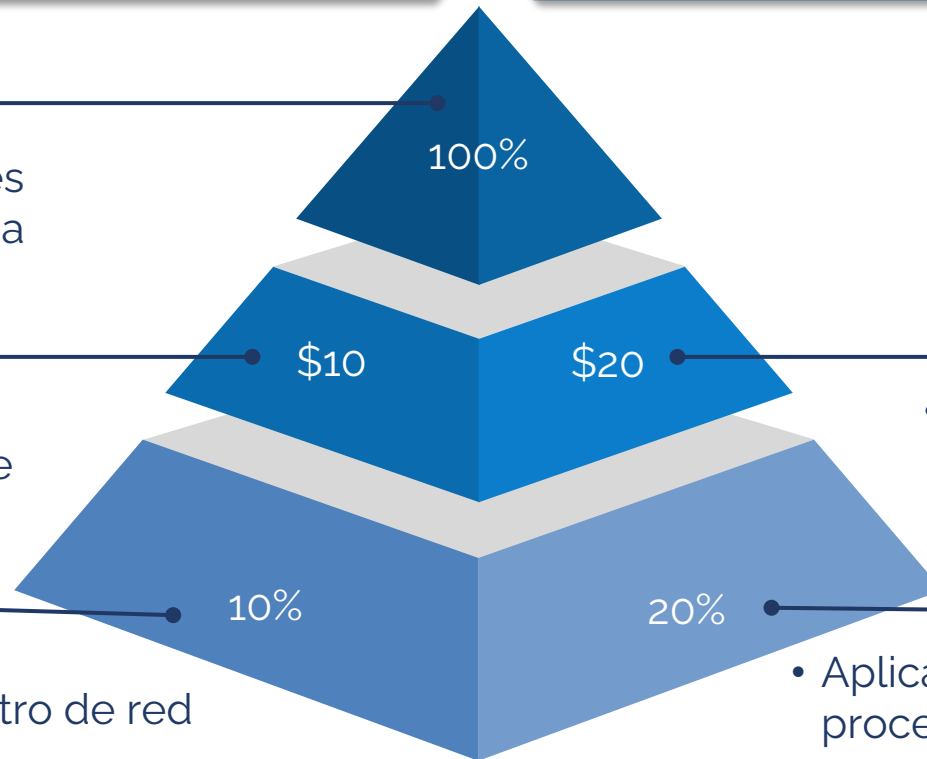
- Red de proveedores de atención primaria

Copago

- Aplica para consultas dentro de la red

Coasegur

- Aplica para demás procedimientos dentro de red



Copago

- Aplica para consultas fuera de la red

Coasegur

- Aplica para demás procedimientos fuera de red

Todo medicamento se debe tramitar por reembolso

Atención Médica Primaria.
(Red de proveedores)

• 100%

Dentro de la red de proveedores
Costa Rica y Centro América

- Médico general
- Médico especialista
- Copago \$10 por visita

Fuera de la red de proveedores
Costa Rica y Centro América.
(Por reembolso R&A)

- Médico general
- Médico especialista
- Copago \$20 por visita

Demás gastos dentro de la red
Demás gastos fuera de la red

- 10%
- 20%

Todo medicamento se debe solicitar indemnización por reembolso

REEMBOLSO CONSULTA <u>RED INS</u>	
Gasto consulta especialista	Negociado con los proveedores
<u>Copago</u> (cubre asegurado)	<u>\$10</u>
Gasto consulta médico general	Negociado con los proveedores
<u>Copago</u> (cubre asegurado)	<u>\$10</u>



REEMBOLSO CONSULTA <u>FUERA RED INS</u>	
Gasto consulta especialista	\$100
Gasto elegible consulta	\$90
<u>Copago</u> (cubre asegurado)	<u>\$20*</u>
Reembolso	<u>\$70</u>
Gasto consulta médico general	\$60
Gasto elegible consulta	\$50
<u>Copago</u> (cubre asegurado)	<u>\$20*</u>
<u>Reembolso</u>	<u>\$30</u>

Copago

Suma de dinero que debe ser asumida por el asegurado, por concepto de consulta médica.
(*Tipo de cambio será establecido por la aseguradora)

REEMBOLSO MEDICINAS	
Gasto medicamentos	\$120
Total legible	\$120
Coaseguro 20% (cubre asegurado)	<u>\$24</u>
Reembolso al 80%	<u>\$96</u>

Coaseguro de medicamentos
Suma asegurada que debe ser asumida por el asegurado.



Dentro de Red

Coaseguro
Porcentaje que debe ser asumido por el asegurado para otros gastos como exámenes, procedimientos y otros.

Fuera de Red



REEMBOLSO LAB, RX Y EX ESPECIALES	
Lab, Rx y Ex. Especiales	\$60
Coaseguro 10% (cubre asegurado)	<u>\$6</u>
Reembolso	<u>\$54</u>

REEMBOLSO LAB, RX Y EX ESPECIALES	
Lab, Rx y Ex. Especiales	\$60
Coaseguro 20% (cubre asegurado)	<u>\$12</u>
Reembolso	<u>\$48</u>

Deducible Hospitalario

1er día de internamiento

Dentro de la red de proveedores Costa Rica y Centro América

Superado el deducible los gastos se cubren al 90% los primeros

\$5.000

Posteriormente el INS cubre gastos de Hospital.

100%

Deducible Hospitalario

1er día de internamiento mínimo \$200

Superado el deducible los gastos se cubren al 80% los primeros

\$20.000 exceso 100%

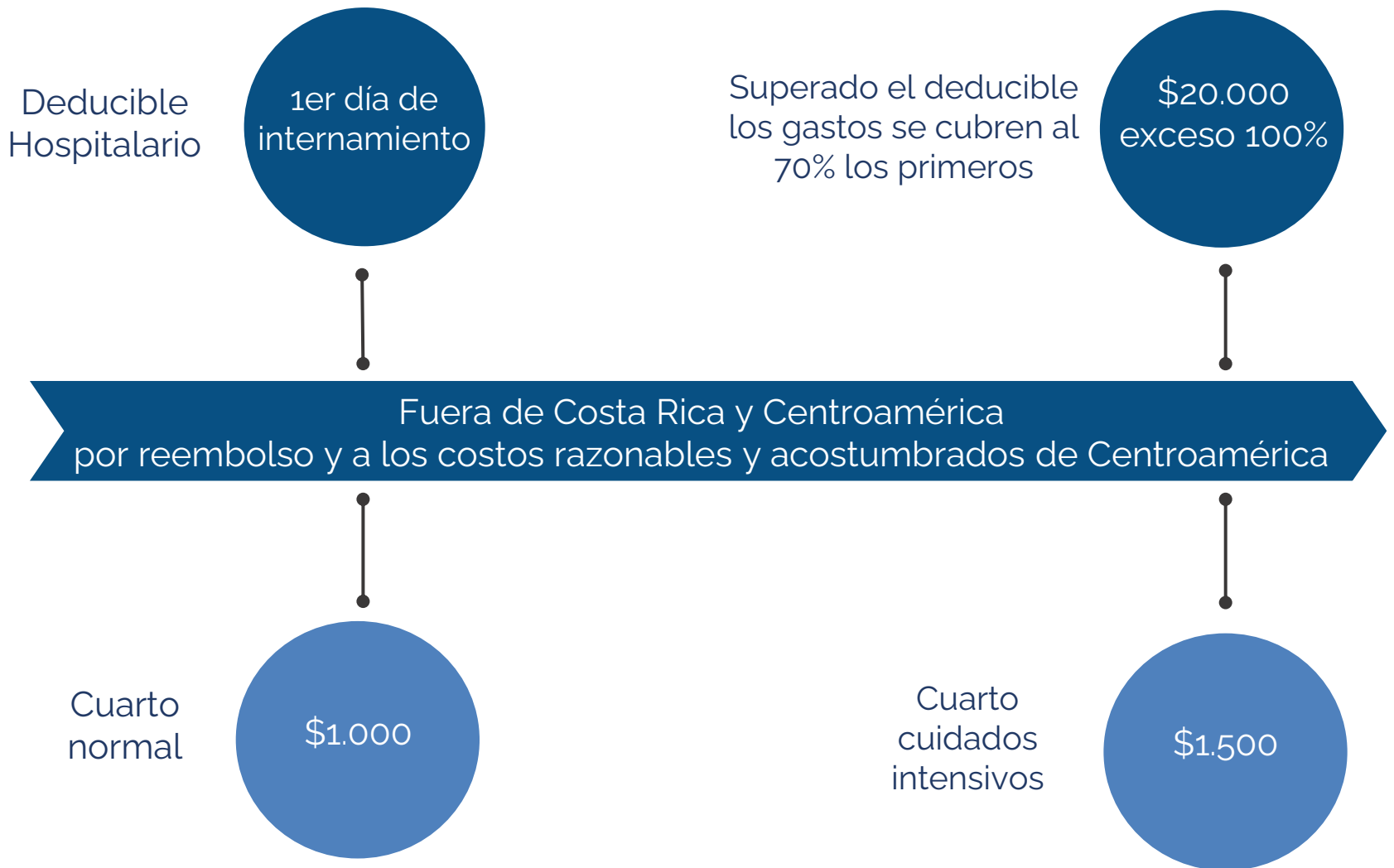
Fuera de la red de proveedores Costa Rica y Centro América

Cuarto normal

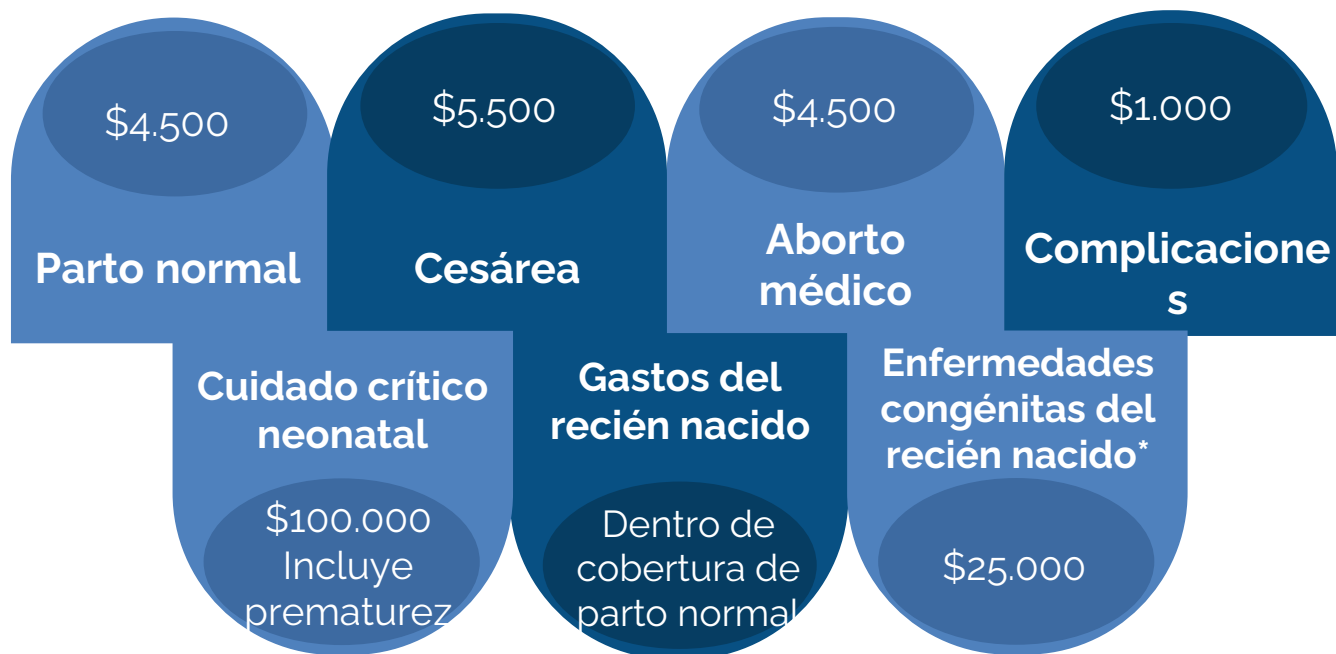
\$400

Cuarto cuidados intensivos

\$800



Maternidad a partir del la inclusión



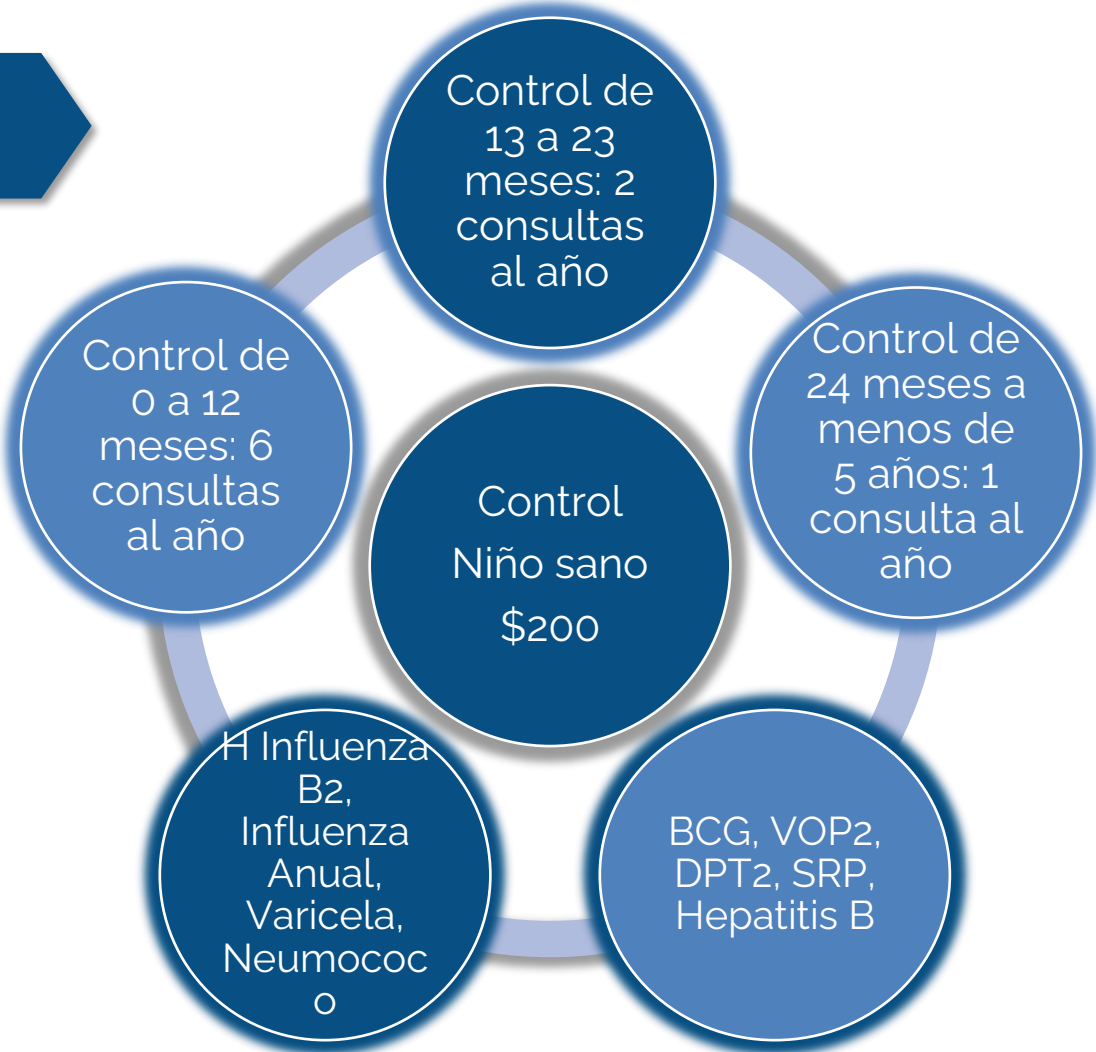
*Enfermedades congénitas:

- 1) El parto debe de ser cubierto por la póliza
- 2) Debe de realizarse la inclusión antes del día 30 de nacido.

Cobertura al 80% - Aplica por reembolso

Consultas médicas desde los 11 días de nacido hasta los 5 años de edad - R&A

Vitaminas y vacunas hasta los 5 años de edad, de acuerdo al cuadro de vacunación de CCSS.



Cobertura al 80%

Ambulancia terrestre

Previa coordinación con la red y siempre que sea medicamente justificada su utilización.

Ambulancia aérea

- Según contrato local
- \$25.000 CA

Cobertura por enfermedades mentales

- \$1.000

Transporte por evacuación
C.R y Centro América

- 100%

Tratamiento de alergias

- \$150 por red de proveedores

Cobertura al 80%

Práctica recreativa de futbol o Deportes

\$10.000

Práctica recreativa de buceo

\$10.000

Nutrición

4 Consultas al año max \$50 al 90% en red, fuera de red al 80% (deben de ser medicamento necesario y referido por un medico)

Prótesis quirúrgicas

\$10.000

Cobertura al 80%

Cuidados a domicilio por personal de enfermería

Máximo 30 días por año póliza, siempre que sea un accidente o enfermedad cubierto

Repatriación de restos mortales o sepelio

\$2.500 por todo concepto

Prolongación de la estancia por accidente o enfermedad por prescripción médica
(máximo 10 días)

\$100 diarios máximo 10 días (\$1.000)

Cobertura

\$100 al
100%

Anteojos y lentes de contacto por persona asegurada

\$300 al
80%

Extracción de terceras molares impactadas

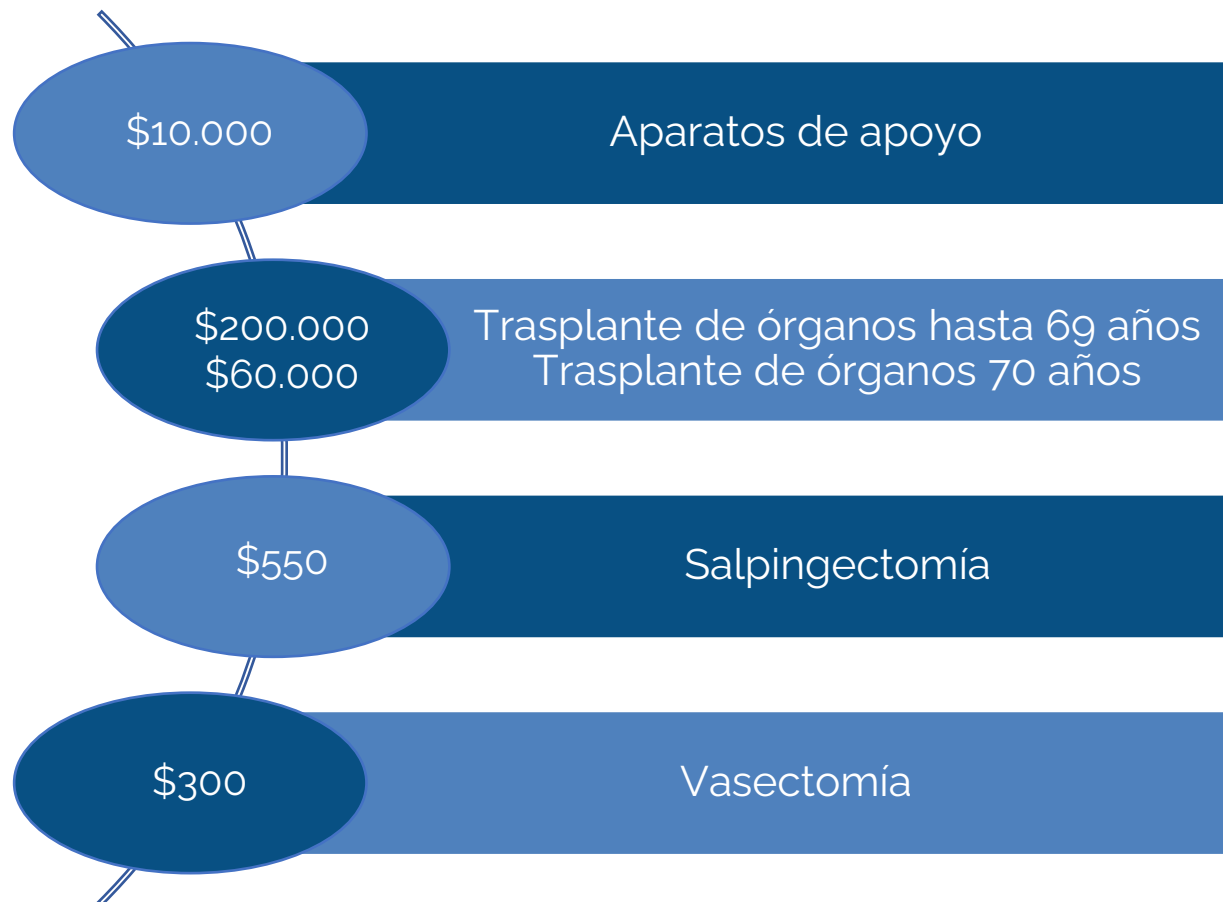
\$7.500 al 80%

Enfermedades epidémicas y pandémicas

100%

Gastos ambulatorios por accidente las primera 24 horas

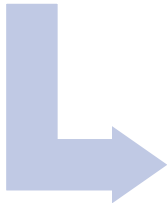
Cobertura al 80%





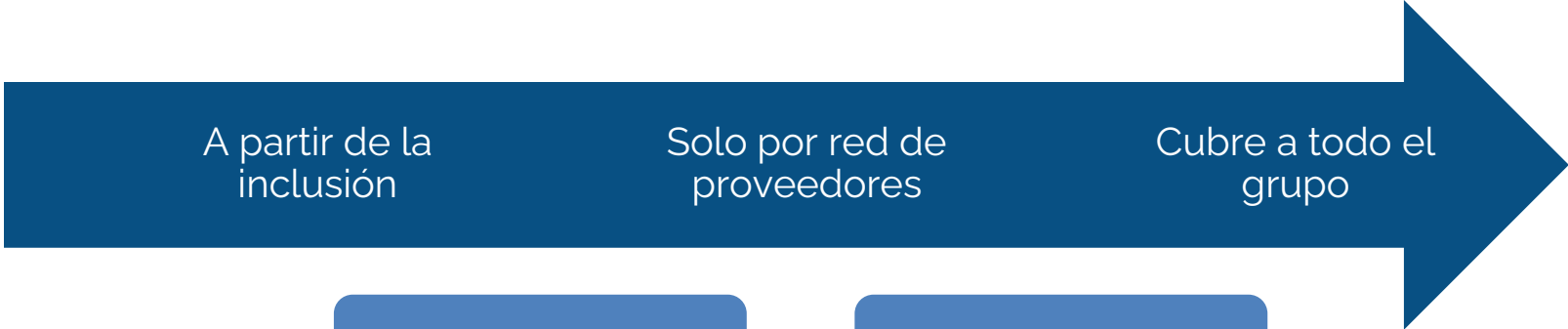
Control ginecológico

- Examen de papanicolaou una vez al año. Solamente titular.
- Examen de mamografía preventiva. Titular y cónyuge, mayores de 40 años.



Control urológico

- Examen PSA , una vez al año. Solamente titular, mayores de 40 años



Chequeo Médico

1 vez al año

Cobertura al 100%

Chequeo Oftalmológico

1 vez al año

Cobertura al 100%

- Cirugía plástica, excepto a consecuencia de un accidente.
- Cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
- Hospitalizaciones y servicios prestados en hospitales o centros de cirugía ambulatorios para procedimientos que puedan realizarse en el consultorio médico y/o de manera ambulatoria.
- Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales; embarazos logrados por inseminación artificial, incluyendo implantación de embriones In Vitro y transferencias de embrión.
- Estudios y tratamientos para trastornos del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo, obesidad, control de peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio.

- Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales; embarazos logrados por inseminación artificial, incluyendo implantación de embriones in vitro y transferencias de embrión.
- Estudios y tratamientos para trastornos del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesia o hiperactivismo, obesidad, control de peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio.
- Entre otros.

- Se brindará cobertura a los servicios de atención odontológica y/o afines, a los que se someta asegurado, por profesionales en la salud buco dental, indiferentemente si el servicio es o no por accidente o enfermedad, hasta el límite de \$1.000, los cuales no requieren ser preautorizados.
- Adicionalmente el Asegurado cuenta con libre elección médica.
- A esta cobertura se le aplicará coaseguro del 20% y en el caso de los tratamientos de Ortodoncia se les aplica un coaseguro del 50%. Opera tanto en Costa Rica como en el resto del mundo.
- Los pagos por dichos servicios serán tramitados únicamente vía reembolso y hasta por el límite indicado anteriormente.

Hospital
Metropolitano
Teléfono
2521-9675

Hospital la
Católica
Teléfono
2246-3525

Centro Médico
San Joaquín
Teléfonos
2293-0457
800-Medical

Blue Medical
Teléfonos
4031-4001
800- Medical

Unibe
Teléfonos
2297-6324
2297-6325

Clínica
Nuestra
Señora de los
Angeles
Teléfono
2552-5252

Jackson's
Memorial
Teléfonos
2447-0050
2106-9250

Grupo de
especialidade
s médicas
Teléfono
2431-1112

Hospital
Cooperativo
Teléfono
2460-1080

Clínica LHS
Teléfono
4032-2012

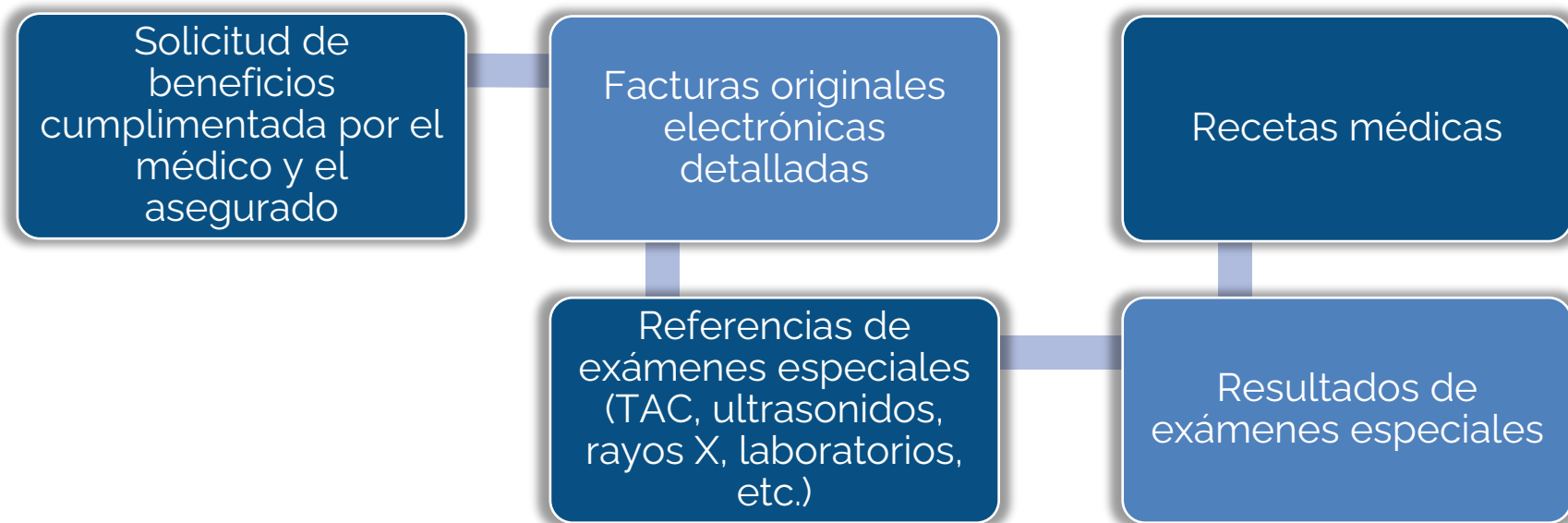
Pago directo
El procedimiento es:

Buscar el médico en la lista de red de proveedores del INS en el siguiente link, si acepta el pago directo sacamos la cita.

<http://portal.inscr.com/portal.inscr.com/Personas/SegurosPa/INSMedical/>

Llamar al 800-MEDICAL (800- 6334225) y solicitar la aprobación de la cita, o examen especial referido por el médico.

Se efectúa presentado a la Cía. de Seguros todos los documentos requeridos para el tramite de reembolso:



Nota importante: los medicamentos no se pueden realizar por medio de pago directo, estos son solo por medio de reembolso.

INS INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SOLICITUD DE BENEFICIOS
 (Llenarla a máquina o con letra impresa) **PARTE A**

Nombre del Producto: _____ Póliza N°: _____ Reclamo N°: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Directo: _____
 PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____
 N° identificación: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección exacta o Apartado Postal: _____
 Cuenta Cliente del Asegurado Directo: []

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
 PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____
 N° identificación _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Profesión u Oficio: _____ Género: Masculino Femenino
 RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Cónyuge Mi persona Hijo (a)
 Compañía en la que labora o Centro de Estudios: _____
 ¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? SI NO
 Nombre de compañía _____ N° de póliza _____

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

El reclamo fue a consecuencia de: ENFERMEDAD ACCIDENTE MATERNIDAD OTROS
 Naturaleza de la dolencia o enfermedad (detalle los síntomas, si se debió a accidente, dónde, por qué y cómo pasó) Consecuencias: _____
 Primeros síntomas manifestados de la enfermedad o accidente: _____
 Fecha: _____ Lugar: _____ Ocupación: _____
 ¿Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente? SI No
 Indique nombre y teléfono de los testigos que presenciaron el accidente: _____
 Si estuvo hospitalizado indique el nombre del hospital y días que estuvo recluido: _____
 Nombre y domicilio del médico (s) que le prestó (aron) los primeros auxilios. Indique si es médico habitual del Asegurado. En caso de enfermedad indique el nombre del médico que lo atiende: _____

NOMBRE	DIRECCIÓN	Primera fecha consulta		
		día	mes	año

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores u otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS). Asimismo autorizo a los funcionarios que el I.N.S. designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes en cualquier otro centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

INS-F-100625 02/10 50/1 05-mar V-3 Vigente a partir 21/04/10 **Los seguros del INS tienen la garantía del Estado**

PASOS A SEGUIR

Sección A

Datos a completar por parte del asegurado.

1. Nombre del asegurado y dependiente.
2. Fecha nacimiento y cédula.
3. Número de cuenta.
4. Número telefónico.
5. Correos electrónico.
6. Nombre del paciente

Datos a completar por parte del asegurado.

1. Información sobre la atención.
2. Si fue por enfermedad, lesión o accidente.

PASOS A SEGUIR

Sección B

PARTE B	
<p>La documentación contractual y la nota técnica que integran los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros:</p> <p>INS Viajero con Asistencia en Dólares P16-33-A01-019 de fecha 16/11/2009 INS Viajero con Asistencia para Estudiantes P16-35-A01-015 de fecha 27/11/2009 Seguro Básica de Accidentes Monto Nivelado Colones P16-33-A01-059 de fecha 16/12/2009 - Dólares P16-33-A01-060 de fecha 16/12/2009 Seguro Colectivo de Accidentes para Asientos de Vehículos Colones P16-33-A01-042 de fecha 07/12/2009 Seguro de Accidentes para Estudiantes P16-33-A01-044 de fecha 08/12/2009 Seguro de Gastos Médicos del INS P16-35-A01-143 de fecha 23/02/2010 Seguro INS Medical Internacional Grandes Deducibles P16-35-A01-092 de fecha 05/01/2010 Seguro INS Medical Internacional P16-35-A01-072 de fecha 05/01/2010 Seguro INS Medical Regional P16-35-A01-113 de fecha 27/01/2010 Seguro para Viajeros en Colones P16-33-A01-040 de fecha 04/12/2009 - Dólares P16-33-A01-041 de fecha 04/12/2009 Seguro Viajero Frecuente en Dólares P16-33-A01-047 de fecha 10/12/2009</p>	
Fecha: _____	Nombre, Firma y Número de identificación del reclamante Nombre: _____ Firma y Nº Identificación _____

Datos a completar por parte del asegurado.

1. Fecha.
2. Nombre.
3. Número de cédula.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA (Llenarla a máquina o con letra impresa)		PARTE C
Nombre del Paciente:	Edad:	
Indique brevemente el diagnóstico y los síntomas de la enfermedad o lesión:		
¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente? Sea lo más detallado posible:		
¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?		
¿Ha sufrido el paciente de esta dolencia anteriormente? ¿Cuándo?		
¿Qué relación tiene esta dolencia con otros padecimientos del Asegurado?		
¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? ¿Sobre qué dolencias?		
Clase de tratamiento o cirugía practicada. (Describala detalladamente)		
Costo de esta intervención:	¿Con hospitalización? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha en que fue realizado:	¿Dónde se efectuó?	
Indique las fechas del tratamiento:		Cobrado por visita:
Consultorio: _____		_____
Residencia: _____		_____
Hospital: _____		_____
Explique qué otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante. ¿Por qué?		
Explique si se debe esta condición a una lesión o enfermedad proveniente del empleo del paciente:		
¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta condición? (Si fue dada de alta, dé la fecha)		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha: _____
Observaciones:		
Fecha:	Nombre del médico y su dirección completa	Firmado: _____ <small>Médico o Cirujano:</small>

PASOS A SEGUIR

Sección C

Datos a completar por parte del médico.

1. Nombre del paciente.
2. Diagnóstico.
3. Cuadro clínico.
4. Tipo de tratamiento.
5. Firma y sello del médico.

En caso de accidente (detallar el mecanismo del trauma qué, cómo, dónde y cuándo sucedió)

GASTOS PRE-AUTORIZABLES

- Hospitalizaciones médicas o quirúrgicas
- Procedimientos ambulatorios médicos o quirúrgicos.
- Exámenes especiales
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Enviar correo con el formulario a preautorizacionesvs@asprose.com

Nota: Todas las preautorizaciones se hacen únicamente si el centro medico o el Doctor están en la red del INS

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS ELECTIVAS Y ESTUDIOS ESPECIALES

Nombre del Producto: _____

VIGENCIA:
PÓLIZA N°: _____ DESDE: _____ HASTA: _____
Día/Mes/Año Día/Mes/Año

Nombre del Asegurado Directo: _____
N° Cédula: _____

Nombre del Paciente: _____
N° Cédula: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sexo Relación con el Asegurado
Masculino Femenino Cónyuge Hijo (a)
Coaseguro: _____

AUTORIZACIÓN PARA:

a. Hospitalización: _____ Fecha de Admisión: _____

b. Procedimiento: _____ Código: _____
Código: _____
Código: _____

Fecha de Procedimiento: _____ Estadía Promedio: _____

Servicio de Anestesia: SI NO

Nombre del Hospital: _____ Número de Proveedor: _____

c. Estudio especializado: _____ Código: _____

Evolución de la Enfermedad: _____ Años _____ Meses _____ Días

HISTORIAL CLÍNICO:

Los Seguros del INS tienen la garantía del Estado

Datos generales de la póliza

Datos personales del asegurado o paciente

Datos a completar por el médico

La fecha del procedimiento y el nombre del centro médico los debe completar el asegurado

DIAGNOSTICO:	
Fecha: _____	
COMENTARIOS:	
NOTA AL MEDICO:	
<p>1. Asegúrese de someter este informe directamente al Instituto Nacional de Seguros con por lo menos cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de cirugía sugerida por Usted.</p> <p>2. Para casos de emergencia favor comunicarse a las oficinas del Instituto Nacional de Seguros y enviar esta solicitud al fax server número 2243-9918, con 48 horas de haber admitido al paciente.</p> <p>3. Espere la autorización escrita del Instituto Nacional de Seguros antes de que el paciente se refiera al hospital.</p>	
IMPORTANTE:	
<p>El Instituto Nacional de Seguros podrá obtener copia y/o la evaluación del registro médico en caso de ser necesario. Esta pre-autorización está sujeta a las Cláusulas Términos y Definiciones, inciso 36. Pre-existencia, Periodos de Carencia, Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de la póliza.</p> <p>Este procedimiento se sustenta en la Cláusula Términos y Definiciones; según las nuevas condiciones generales de la póliza.</p> <p>Este documento solo constituye una solicitud de pre-autorización, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros.</p> <p>La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-072 (INS Medical Internacional) de fecha 05 de enero del 2010, P16-35-A01-092 (INS Medical Internacional Grandes Deducibles) de fecha 05 de enero del 2010 y P16-35-A01-113 (INS Medical Regional) de fecha 27 de enero del 2010.</p>	
Nombre del médico: _____ Especialidad: _____ N° Colegiado: _____ Código de identificación proveedor: _____	SELLO
Fecha: _____	Fecha: _____
Firma y N° Identificación del Paciente	Autorizado Firma y N° Identificación

Diagnóstico

Nombre del médico
Especialidad
N°. de colegiado

Código de identificación de proveedor

Firma del asegurado

SERVICIO DE EMERGENCIAS

Para casos de emergencias fuera de horarios de oficina, feriados o fines de semana; servicio 24/7, directamente le contestará un asesor del INS.

Teléfono:

800-Medical (800-6334225)

Ejecutivo de cuenta en sitio

- Iván Brenes
- ibrenes@asprose.com
- Teléfono: 8408-7148

Ejecutivo de cuenta

- María Arias J.
- mariasj@asprose.com
- Teléfono: 8703-6535



FILOSOFÍA

El modelo de trabajo de ASPROSE CORREDORA DE SEGUROS, S.A. tiene como principal objetivo entregar a nuestros clientes un servicio de la más alta calidad, traducido en una asesoría oportuna y adecuada en relación con las necesidades particulares de la intermediación de Seguros.



ASPROSE

CORREDORA DE SEGUROS

"Su tranquilidad, es la nuestra"

Ivan Brenes Marcano | ibrenes@asprose.com